

Dr. Astrid Weller-Bergmann
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Beethovenallee 58
53173 Bonn

Telefon: 0228 - 184 73 74
Fax: 0228 - 184 73 75

Datum: _____

Nachname des Patienten

Nachname des Versicherten

Vorname

Geburtsdatum

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Arbeitgeber, berufliche Tätigkeit

PLZ, Ort

Vorname des Ehepartners

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon dienstlich

Email Adresse

Zahnarzt

Geschwister des Patienten in Behandlung

Krankenversicherung bzw. Krankenkasse
(bitte geben Sie auch Ort u. Geschäftsstelle an. Z.B. DAK Bonn, TK Köln)

Staatsangehörigkeit

Sind Sie:

gesetzlich versichert

privat versichert

Selbstzahler

mit Beihilfe

zusatzversichert

Postbeamtenkasse

Beihilfestelle des Bundes

Beihilfestelle des Landes

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche und Fragen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bedanken uns für die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen.

Sie wurden überwiesen von _____

Wir wurden empfohlen von _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Google unsere Webseite Sonstiges:

Beindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja **Nein**

War der Patient früher schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?

Wenn ja, bei wem? _____, in _____

Erfolgte im Laufe des letzten Jahres schon einmal eine kieferorthopädische Beratung?

Liegen Röntgenbilder des Kiefers aus dem letzten halben Jahr vor? **Ja** **Nein**

Leidet oder litt der Patient an einer der unten genannten Krankheiten?

- wenn ja, welche: Rachitis Diabetes Hepatitis A/B/C Herzleiden
 Epilepsie Tuberkulose HIV Sonstige: _____

Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche? _____

Hat der Patient Probleme mit der Wirbelsäule?

Hat der Patient Probleme mit dem Kiefergelenk?

Knirscht der Patient mit den Zähnen?

Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden?

Trägt der Patient eine Schiene?

Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?

Liegen folgende Symptome oder Erkrankungen vor?

Asthma Allergisches Asthma seit wann: _____

Häufige Erkältungen seit wann: _____

Mundatmung Schnarchen seit wann: _____

Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen? Wenn ja, wo gegen? _____

Wer ist der Hals-Nasen-Ohrenarzt? Bitte Angabe der Praxis _____

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

Gaumenmandeln (Entfernung) wann: _____

Rachenmandel („Polypen“) (Entfernung) wann: _____

Nasenscheidewand Korrektur wann: _____

Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann: _____

Hat der Patient gelutscht, wenn ja bis wann?

Finger ca. bis _____ Jahre Schnuller ca. bis _____ Jahre

Sonstiges: _____ ca. bis _____ Jahre

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor? Ja Nein

Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken

Nägelkauen Bleistiftkauen Sonstiges: _____

Erfolge der Zahndurchbruch eher früh oder spät? _____

Liegt ein Sprachfehler und /oder eine Zungenfehlfunktion? Ja Nein

- wenn ja, welche Art von Störung _____

- wurde bereits eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durchgeführt? Ja Nein

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? Ja Nein

- wenn ja, wann? _____ mit Zahnverletzungen? _____

mit Zahnverlusten oder Kieferbrüchen? _____

Wurden die Weisheitszähne bereits entfernt? Ja Nein

Welche Sportarten betreibt der Patient? _____

Welche Musikinstrumente werden gespielt? _____

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Termine, die nicht abgesagt werden, können nur vormittags nachgeholt werden.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Die Krankenversichertenkarte muss bitte bei jedem Besuch in der Praxis mitgebracht werden. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir auch Gesetzlichversicherte als Privatpatient und es erfolgt eine Rechnungsstellung nach der GOZ.

Wir möchten Sie des Weiteren darauf hinweisen, dass wir nur digitales Röntgen in unserer Praxis anbieten. Aufgrund dieser modernen, strahlenreduzierten Technik kommen von der Zahnärztekammer genehmigte Mehrkosten auf Sie zu. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, uns diese Mehrkosten zu erstatten.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit der o. gemachten Angaben. Ich bin mit der Anfertigung von diagnostischen Unterlagen, soweit sie für eine Behandlung erforderlich sind einverstanden. Außerdem bin ich mit der Übertragung dieser Unterlagen an den behandelnden Hauszahnarzt einverstanden. Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß Gesundheitsgesetzgebung bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Wichtig ist, dass die Regelungen der Kostenerstattung durch Private Krankenversicherungen oder durch Beihilfestellen keinesfalls bei der Erstellung einer zahnärztlichen Liquidation berücksichtigt werden können. Die Verschiedenheit der Rechtsbeziehung ist hierfür der Grund.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die notwendigen Daten in der Praxis gespeichert werden und ggf. an ein Abrechnungszentrum zur Weiterbearbeitung gegeben werden.

Bonn, den _____

Datum & Unterschrift des Erziehungsberechtigten/ Patienten

Datenschutzinformation:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

gemäß des neue Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift in unsere nachfolgend aufgeführten internen Datenschutzmaßnahmen:

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung

- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einwilligungserklärung:

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten	Ich willige ein	Ich willige nicht ein
<ul style="list-style-type: none">- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden (z.B im Rahmen eines Konsils oder eines Gutachterverfahrens). Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken etc. handeln. Bei den übermittelten Patientendaten kann es sich z.B. um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder o.ä. handeln. Eine Kontaktaufnahme unsererseits mit Ihnen kann per Telefon, Brief oder Email erfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns ggf. an folgende Dienstleister mit denen wir zusammenarbeiten übermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none">- KZV Nordrhein, Lindemannstraße 34, 40237 Düsseldorf- Align Technology Inc., Arlandaweg 161, 1043 HS Amsterdam, Niederlande- Ormco Europe BV, Basicweg 20, 3821 BR Amersfoort, Niederlande- Kieferorthopädisches Fachlabor E. Van Hemert GmbH, Mittelstraße 106, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler- Flemming Dental Bonn, Auf dem Kirchbüchel 7, 53127 Bonn- Dreve ProDiMed GmbH, Max-Planck-Str. 31, 59423 Unna- Didacom GbR, Konrad-Adenauer-Straße 25, 53343 Wachtberg- Ihre gesetzliche Krankenversicherung bzw. Ihr privater Krankenversicherer / Ihre Beihilfestelle, ggfs. Gutachter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis Kieferorthopädie Bad Godesberg ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: _____

Email Adresse: _____

Datum & Unterschrift des Erziehungsberechtigten/ Patienten